Выводы

1. В природных очагах вероятность заболевания детей ККГЛ высокая, особенно среди лиц, привлекаемых к труду в животноводстве, домашнем хозяйстве.

2. Клинические проявления ККГЛ у детей сходны с таковыми у взрослых. Прогноз заболевания зависит как от степени тяжести, так и от своевременности и адекватности лечения .

3. В целях ранней диагностики ККГЛ в эпидсезон считаем целесообразным расценивать наличие лихорадки и тромбоцитопении у детей, проживающих на неблагополучных территориях (юг Казахстана), как подозрительный случай на ККГЛ.

4. При тяжелых геморрагических случаях ККГЛ применение гемостатического препарата-НовоСэвен в комплексном лечении оказывает положительный эффект.

Список литературы

1. Бутенко, А.М. Крымская геморрагическая лихорадка / А.М. Бутенко, Е.В. Лещинская, Д.К. Львов // Вестник Российской академии естественных наук. М., 2002. № 2. С.1-10.

2. О лечении Конго –Крымской геморрагической лихорадки на современном этапе / Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Нурмашева А.А., Лизинфельд И.А., Алимбаева Ж.С. // Материалы международной научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия инфекционных и неинфекционных болезней. Вестник ЮКГФА. 2013. № 2. С. 10-11.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКТА ПЛОДОВ КАРЛИКОВОЙ ПАЛЬМЫ САБАЛЬ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН

Литвинова Л.В.

ФГАОУ ВПО «Северо-Кавказский федеральный университет», Ставрополь, e-mail: larisa-litva@yandex.ru

В настоящее время мигрень остается одним из тех заболеваний, симптомы которого можно только предупредить. Наиболее частыми и характерными симптомами мигрени являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко в обеих) половине головы. Головная боль при мигрени не связана с повышением или резким снижением артериального давления, приступом глаукомы или повышением внутричерепного давления. При этом у пациентов отсутствуют серьёзные травмы головы, инсульт, опухоли мозга, а интенсивность и пульсирующий характер болей больные связывают с сосудистой головной болью, а не с головной болью от напряжения.

Мигрень является достаточно распространённым хроническим заболеванием. Официальная статистика отмечает 10 % диагностированных больных в популяции, и ещё 5 % недиагностированных или неверно диагностированных. Было отмечено, что мигрень чаще всего встречается у женщин, чем у мужчин, так как передается, в основном, по женской линии. В зависимости от тяжести заболевания приступы мигрени могут быть редкими, но, чаще всего, приступы повторяются с периодичностью от 2 до 8 раз в месяц.

Учеными было установлено несколько причин, способствующих возникновению приступов мигрени. Среди них: стресс, нервное и физическое перенапряжение, пищевые факторы (сыр, шоколад, орехи, рыба), алкогольные напитки (пиво, красное вино, шампанское), прием гормональных контрацептивов, сон (недостаток или избыток), погодные факторы (смена погоды, смена климатических условий). Однако окончательно объяснить патофизиологию мигрени пока не удалось.

В нашем исследовании было выдвинуто предположение о гормональной природе возникновения приступов мигрени. В экспериментальную группу вошли 5 женщин-добровольцев от 34 до 61 года. Согласно опросу все они стали страдать приступами мигрени с периода половой зрелости. Повышенная частота приступов наблюдалась в периоды стресса.

В соответствии с гипотезой было выдвинуто предположение о том, что нормализация гормонального фона у женщин будет способствовать снижению частоты приступов или их полному прекращению. В качестве препарата, стабилизирущего гормональный фон был выбран экстракт плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС). С древних времен плоды (черные ягоды) сабаля применялись народной медициной американских индейцев при лечении болезней, связанных с эндокринной системой. В наше время ЭПКПС используют при аномалиях роста волос и поликистозе яичников у женщин. Вместе с тем, биологически активные компоненты экстракта (фитостеролы) не вызывают изменений гормонального баланса в крови, а также не влияют на гипоталамо-гипофизарную систему. Следует особо отметить, что данный экстракт не обладает побочными действиями и имеет высокие питательные, тонизирующие, адаптогенные и общеукрепляющие свойства, что повышает его безопасность в тестировании на экспериментальной группе. В данном исследовании уделялось особое внимание главному свойству ЭПКПС – нормализация функции эндокринных желез и понижение мужских гормонов у женщин.

Женщинам-добровольцам, страдающим мигренью, были предложены капсулы с фитопрепаратом ЭПКПС. Испытуемые не знали о том, какой препарат они принимают и что находится в капсулах. Прием был однократно в сутки во время еды. Доза препарата составляла 0,2 г экстракта карликовой пальмы сабаль. Все женщины вели ежедневник приступов мигрени, в котором записывали время и продолжительность приступов.

Результаты приема ЭПКПС показали, что в течение первого месяца у троих из пяти женщин частота приступов уменьшилась в два раза, а продолжительность сократилась до нескольких часов. У двоих женщин-добровольцев приступы прекратились. Женщинам предложили продолжать принимать капсулы в том же режиме. В течение второго месяца приступы сохранились только у одной испытуемой, но частота уменьшилась до 2 раз в месяц, а продолжительность составляла около 3-х часов. В течение третьего месяца приема капсул с ЭПКПС приступы мигрени прекратились у всех испытуемых.

По статистике, приступы мигрени у женщин вызывают периодическую или непредсказуемую потерю работоспособности, что иногда приводит к необходимости установления пациенту инвалидности, вследствие неспособности больного работать достаточное количество часов в неделю или вообще работать. Исходя из вышесказанного, следует, что приём экстракта плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС) в дозе 0,2 г в сутки во время еды снижает количество приступов мигрени и их продолжительность, а также предотвращает приступы мигрени после приемы препарата в течение 3-х месяцев. Полученные данные требуют дальнейшего исследования и являются недорогой альтернативной терапией мигрени.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

Львов Н.И., Брилль Г.Е., Раскина Е.Е.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Саратов, e-mail: darh13066@mail.ru

Метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей был разработан В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной (2001) и является новой диагно-